

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

923

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Juliette de PALMA-DEBEAUNE

Née le 3 mai 1908, à Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire)

LA

SURVEILLANCE MÉDICALE

DANS LES CRÈCHES

Président : M. TANON, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Juliette de PALMA-DEBEAUNE

Née le 3 mai 1908, à Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire)

LA

SURVEILLANCE MÉDICALE

DANS LES CRÈCHES

Président : M. TANON, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physiqu
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
ET DE MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

*Faible témoignage de ma profonde
affection et de ma grande reconnaissance.*

A MES GRANDS-PARENTS

A MON MARI

A MA FILLE

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Conseiller technique sanitaire au Ministère de la Santé publique
Inspecteur général des Services techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police
Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine

*En respectueux hommage pour le grand
honneur qu'il nous a fait en acceptant de
présider cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR NAVARRE

Professeur à l'Ecole de Médecine de Caen
Directeur de l'Institut d'Hygiène
de la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a guidé dans ce travail. Qu'il nous
permette ici de lui affirmer notre profonde
reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR LESNÉ

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Trousseau

*En témoignage respectueux de notre
reconnaissance pour la bienveillance avec
laquelle il nous a toujours accueilli dans
son service et pour les précieux conseils
qu'il nous a prodigués.*

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

LA SURVEILLANCE MÉDICALE DANS LES CRÈCHES

INTRODUCTION

Les crèches font partie de cette immense organisation de la Protection de l'Enfance, à laquelle on porte à juste raison une si grande attention aujourd'hui. Destinées à « garder les enfants bien portants, en bas âge, durant la durée du travail de leur mère », elles ont été créées pour éviter le placement en nourrice, si déplorable du point de vue de l'hygiène et de la morale, les garderies dans des taudis obscurs, et parfois l'abandon à la rue. Elles ont eu en outre pour but de faciliter l'allaitement maternel, et telles d'entre elles n'admettent que les enfants nourris au sein.

Il en est de plusieurs sortes : les unes sont municipales, d'autres sont sous la dépendance d'usines ou de grands magasins, d'autres enfin sont dues à la charité d'initiatives privées.

Celles dont nous allons parler, les crèches de Paris et de la Seine, sont toutes placées sous la surveillance du Préfet de Police, et plus spécialement sous le contrôle de M. le Pr Bordas, inspecteur général

des Services d'Hygiène de la Préfecture de Police, et de M. le P^r Tanon, médecin en chef, assistés par huit inspecteurs des crèches.

Nous en avons visité un grand nombre, au cours de notre dernière année d'études médicales, passée à l'Institut d'Hygiène, où nous fut donné le sujet de ce modeste travail.

Nous avons toujours rapporté de nos visites une impression de joie : partout nous avons vu ces mêmes bambins, petits tabliers roses ou bleus, tous semblables, accrochés craintivement à la blouse de leurs gardiennes, ou accourant vers nous, le regard curieux et espiègle ; partout les mêmes uniformes simples et propres, les mêmes petits visages nets et heureux de vivre, partout les mêmes petites jambes maladroites essayant leurs premiers pas dans un parc. Beaucoup de vitres, de lumière, des rangées de petits lits blancs, bien propres, et sur chaque oreiller une tête d'enfant paisiblement endormi. Tout cela est gai, propre, ensoleillé ; les gardiennes sont dévouées, aiment les enfants, s'occupent d'eux constamment ; mais, ce qui manque à tout cela, c'est le tendre sourire des mères.

Aussi n'est-il rien de plus charmant à voir que l'arrivée des mamans, celles qui viennent allaiter ou qui ont la permission de venir au cours de la journée. Ce n'est alors que joie à la crèche, doux sourires, fierté de guider les premiers pas, jeux et caresses. Devant ce tableau, on ne peut qu'admirer et louer les efforts qui ont été fournis depuis ces

dernières années pour faire de la crèche, jadis si discréditée, foyer d'épidémie et de mort, cet asile de lumière et de bonheur qui permet aux enfants de garder auprès d'eux leur mère.

Il reste cependant encore beaucoup à faire, car, si les crèches modèles sont aujourd'hui fort nombreuses, il en est d'autres, plus pauvres, moins bien dirigées ou surveillées, qui malheureusement ne rendent pas les services qu'on serait en droit d'attendre d'elles.

D'où vient cet immense progrès réalisé dans les crèches depuis quelques années ? Il semble qu'il soit dû à une surveillance médicale plus éclairée, mieux comprise, et aussi plus sévère.

1^o Le médecin hygiéniste tient une grande place dans la société actuelle ; il est peu de questions sociales où il n'ait à dire son mot, et les crèches en particulier ont tiré le plus grand profit de son intervention. Nul ne peut construire sans son avis ; lors de l'élaboration des plans de la crèche, il faudra le consulter et se conformer au règlement élaboré par ses soins ; de même, pour le choix du matériel d'installation.

Si l'allaitement artificiel à la crèche présente aujourd'hui moins de dangers, c'est encore grâce au médecin hygiéniste qui, à force de persévérance, parvient à exercer partout son contrôle.

C'est lui enfin qui a dicté toutes les mesures de désinfection et de prophylaxie relatives aux maladies contagieuses.

2^o D'autre part, le rôle du médecin attaché à la crèche semble généralement mieux compris qu'autrefois ; et nous verrons quels bienfaits sa surveillance intelligente et dévouée peut apporter aux crèches.

Nous nous proposons donc d'étudier cette surveillance médicale, due à l'étroite collaboration de l'hygiéniste et du médecin de crèches, dont les rôles sont si souvent confondus.

Dans un premier chapitre, nous ferons un bref historique des crèches.

Puis, avec plus de détails, nous exposerons les droits et les devoirs du médecin, lors de la fondation de la crèche et de son aménagement, les considérations diverses qui devront le guider dans le choix du personnel.

Nous verrons ensuite quels soins attentifs il doit apporter à l'alimentation des enfants, à la prophylaxie des maladies contagieuses et au dépistage des maladies héréditaires.

Enfin, au cours de ces différents chapitres, nous essayerons de montrer comment, par ses conseils au personnel et aux mères, il peut faire de la crèche une école d'hygiène.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le Pr Tanon pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse, M. le Dr Navarre, qui nous en a inspiré le sujet et nous a guidé dans ce travail de ses conseils sages et éclairés, M. le Dr Neveu, pour l'extrême obligeance qu'il a

mise à nous procurer d'utiles renseignements, Mme Jouart qui, nous faisant profiter aimablement de sa longue expérience, nous rendit notre tâche facile et agréable.

HISTORIQUE

Si le nom de « crèche », appliqué aux établissements se chargeant de « garder durant le travail de la mère les enfants en bas âge », est de date assez récente, l'idée en remonte très loin, et l'histoire en est si jolie que nous rappellerons ici, en quelques lignes, l'anecdote que M. Marengo nous raconta, à la suite de ses recherches aux Archives de la Préfecture de Police.

En 1769, le pasteur d'un petit village des Vosges, Frédéric Oberlin, étant allé, par un beau jour d'été, se promener dans la campagne, s'arrêta, surpris, au seuil d'une chaumière, d'où s'échappaient des voix d'enfants répétant en chœur un cantique. Le village était désert : tout le monde était aux champs. Parmi les voix enfantines s'élevait une voix douce de jeune fille.

Poussant doucement la porte, le pasteur aperçut, assise au milieu des enfants du village, Louise Scheppler. Les plus grands répétaient en chœur les versets ; les plus petits dormaient sur des couchettes étendues à terre, et la jeune fille, parmi eux, chantait en filant la laine. Elle avait ainsi coutume de recueillir chez elle les enfants des femmes parties

aux champs, veillait sur eux, les soignait durant l'absence de leur mère.

Frédéric Oberlin, charmé par ce tableau, comprit toute la valeur de cette initiative et y trouva l'élément d'une institution sociale. Avec l'aide de Louise Scheppler, il institua dans son presbytère une garderie, où il accueillit les enfants du village encore trop jeunes pour aller à l'école, pendant que leur mère allait travailler aux champs. Ainsi fut créée, semble-t-il, la première crèche, œuvre uniquement sociale et morale.

En 1801, une femme du monde, M^{me} Pastoret, tenta de faire pour les petits enfants des ouvrières parisiennes ce que le pasteur Oberlin avait fait pour les petits paysans des Vosges. Ayant loué deux chambres, rue Miromesnil, elle y installa douze berceaux. Mais bientôt, faute de ressources, elle dut abandonner son œuvre. En 1824, reprenant son idée, elle créa avec d'autres dames un asile dans une maison de la rue Saint-Hippolyte, où M. Cochin avait ouvert une école gratuite ; là, furent reçus les enfants âgés de deux à sept ans, pendant que leurs mères allaient à leur travail durant la journée. Mais il ne s'agit pas encore là d'une véritable crèche, telle que nous la comprenons aujourd'hui.

La première crèche fut fondée en 1844 par Firmin Marbeau à Saint-Pierre-de-ChailLOT. Elle fut ouverte le 14 novembre et offrait à ses petits protégés douze berceaux. Firmin Marbeau, en instituant la crèche, voulait assurer aux classes laborieuses la

CONSTRUCTION

Il nous paraît utile de commencer notre étude en exposant rapidement la façon dont aujourd'hui on construit et on installe une crèche, et le rôle que le médecin est appelé à y jouer.

L'arrêté ministériel du 10 novembre 1923 a pris des dispositions sévères relatives à la construction des crèches ; le médecin devra donc veiller à l'application aussi rigoureuse que possible de ces règlements ; il les interprétera avec toute l'intelligence nécessaire, suggérant au besoin quelques modifications que son expérience personnelle aurait pu lui révéler utiles.

Le choix de l'emplacement, à Paris surtout, n'est pas toujours aisé, et l'on doit souvent se contenter de celui qui vous est offert. Cependant, il est deux notions qu'il convient de ne pas oublier, et qui devront toujours guider le médecin :

1^o La nécessité d'assurer au local un maximum de salubrité, tant par une exposition solaire convenable que par une aération suffisante ;

2^o La nécessité de construire la crèche à proximité du travail maternel.

Si nous insistons sur ce dernier point, c'est que,

durant ces dernières années, de vives critiques ont été adressées aux crèches, dont les services ont cependant été très appréciés de nos populations laborieuses.

La mère restant de longues heures séparée de son enfant, on a accusé les crèches de favoriser l'allaitement artificiel, déterminant une augmentation de la mortalité infantile, de permettre aux femmes de se soustraire au premier de leur devoir : allaiter leurs enfants.

Une bonne crèche doit donc offrir aux mères la possibilité de venir régulièrement allaiter, et le lieu où l'on se propose de l'édifier sera choisi le plus près possible de l'endroit où la majorité des femmes travaillent : condition heureusement réalisée dans les usines, les grands magasins.

L'emplacement choisi, il s'agira ensuite de fixer le nombre d'enfants à admettre à la crèche, nombre proportionné aux besoins sociaux, à la superficie des lieux, aux ressources financières de l'œuvre, et d'ailleurs fixé par le Préfet (Décret du 9 novembre 1923, article 3). Cependant, le médecin devra toujours montrer la supériorité d'une crèche accueillant un nombre restreint d'enfants, réduisant ainsi au minimum les dangers de propagation des maladies contagieuses et en facilitant la prophylaxie.

Ceci dit, nous n'avons pas l'intention d'étudier dans le détail les nombreux plans de crèches qui ont été proposés ; laissons ce soin à l'architecte. Nous énumérerons d'abord les diverses dispositions

prévues par l'arrêté ministériel du 10 novembre 1923.

ARTICLE PREMIER. — *Les dortoirs et les salles où sont placés les enfants doivent avoir au moins une hauteur de 3 mètres sous plafond et une superficie de 3 mètres carrés par enfant.*

Les berceaux sont séparés par au moins un mètre. Ces dortoirs et les salles de berceaux doivent être complètement séparés des autres locaux de la crèche, avec un dispositif permettant la surveillance par l'extérieur des enfants dans leur berceau.

ARTICLE 2. — *Les salles et dortoirs doivent être largement éclairés et munis d'un système efficace d'aération permanente.*

Les locaux de la crèche sont dotés d'un système de chauffage hygiénique.

L'éclairage artificiel sera exclusivement électrique.

ARTICLE 4. — *Le mobilier se compose exclusivement d'objets faciles à laver et à désinfecter. Les locaux auront des parois dont la surface devra pouvoir supporter le lavage.*

ARTICLE 5. — ... *Les enfants en état de marcher sont séparés des autres.*

L'article 6 prévoit les différents objets de toilette (peigne, brosses, mouchoirs, serviettes, vêtements, literie, etc...) qui doivent être personnels à chaque enfant.

ARTICLE 7. — *Les linges sales ne doivent jamais séjourner dans la crèche : ils sont immédiatement em-*

portés et placés dans une cuve remplie d'eau froide. Une salle spéciale dans laquelle on fera le change et la toilette des enfants, sera réservée pour la balnéation (bains, douches, etc...).

L'article 7 prévoit la construction d'une pièce spéciale d'isolement, où l'enfant paraissant malade pourra être gardé, en attendant l'arrivée du médecin, et « *disposée de telle sorte qu'il puisse être emporté sans avoir à traverser les salles où se tiennent les autres enfants* ».

Enfin ce décret de 1923, n'étant qu'une modification apportée au décret du 2 mai 1897, prévoyant des locaux distincts, appropriés à chaque catégorie d'enfants, et disposés de telle sorte que la propreté, l'asepsie, l'aération, la ventilation, le chauffage s'y trouvent réalisés de façon commode, il y aura donc lieu de prévoir lors de la construction de la crèche :

1. deux dortoirs : dont un réservé aux lits et l'autre aux berceaux (lits et berceaux, entourés de barreaux métalliques, seront tendus intérieurement d'étoffe blanche afin d'éviter certains accidents dus à l'introduction d'un membre dans les interstices) ;
2. une salle de change, de toilette et de pesées, attenante à la salle des berceaux ;
3. une salle de jeux pour enfants qui marchent ;
4. une salle de bains et lavabos ;
5. une salle d'allaitement ;
6. deux W.-C., dont un pour le personnel ;

7. une cuisine pour le personnel ;
8. une biberonnerie indépendante ;
9. un bureau pour la directrice, pouvant servir
au besoin de salle de réception ;
10. un vestiaire et une lingerie ;
11. une salle d'isolement ;
12. des annexes : buanderie, cave à charbon, etc...

Le plancher sera recouvert de linoléum.

Les radiateurs protégés par des garde-feux.

Les différentes salles seront séparées par des cloisons vitrées qui rendront la surveillance plus facile.

Nous terminerons ce rapide exposé en insistant sur la nécessité d'annexer à la crèche des terrasses, et, quand cela est possible, des jardins, où les enfants, dès la venue des premiers beaux jours, pourront dormir ou s'ébattre en plein air et profiter de l'action bienfaisante des rayons solaires.

Ainsi conçue, construite et meublée, la crèche présentera le maximum de sécurité. Convenablement aérée et ensoleillée, elle offrira aux enfants qui viendront y chercher asile propreté, lumière et santé.

CHOIX DU PERSONNEL

C'est un problème bien délicat que le choix du personnel, et l'on ne saurait y apporter trop de soin et de prudence, car c'est de lui bien souvent que dépendra le bon fonctionnement de la crèche. C'est en effet à la directrice et aux berceuses que sera confiée la maison ; le médecin n'y faisant que de courtes visites une ou plusieurs fois par semaine, il devra trouver en elles des auxiliaires intelligentes et dévouées, capables de comprendre ses ordres et desireuses de les respecter. Il faut que la crèche fonctionne comme si le médecin y était à demeure et ne souffre en rien de son absence.

Disons d'abord que, conformément à l'arrêté ministériel du 10 novembre 1923, les crèches sont tenues exclusivement par des femmes : directrices et berceuses.

Nous étudierons séparément les qualités nécessaires aux unes et aux autres. Mais, aucune ne pourra être admise à exercer ses fonctions qu'après un examen médical sévère. C'est là une condition qui prime toutes les autres, et qui doit passer avant toutes autres considérations de dévouement, d'instruction, d'intelligence...

Ce sont ces femmes, en effet, qui, durant toute la journée, dorloteront les enfants, leur prépareront leurs repas, vivront avec eux dans une intimité continue. Il importe donc de n'admettre à la crèche que des personnes saines, qui ne risqueront pas de transmettre aux petits pensionnaires des germes de maladies contagieuses, et principalement la tuberculose.

Le médecin sur ce point devra faire preuve d'une intransigeance absolue, car une négligence de sa part ne serait rien moins que criminelle.

Nous insisterons aussi pour que les examens soient répétés à intervalles réguliers, avec le contrôle de la radiographie. Généralement, en effet, l'examen d'entrée est bien pratiqué, mais par la suite, on se contente souvent de cette sécurité initiale, qui, cependant, peut fort bien disparaître. C'est ainsi que l'on rencontre dans les crèches, dans les cantines scolaires, dans les écoles maternelles, des femmes contagieuses, disséminant parmi de petits enfants si fragiles, si réceptifs, des bacilles de Koch à profusion.

De même, toute berceuse atteinte de coryza, d'ophtalmie, de lésions cutanées, etc... devra être exclue temporairement de la crèche et n'y revenir qu'après disparition de tous les symptômes morbides, contrôlée par l'examen du médecin attaché à la crèche, qui a pour tâche de mettre constamment la crèche à l'abri des infections.

Ce principe établi une fois pour toutes, et d'ail-

leurs en conformité avec l'article 15 de l'arrêté de 1923, qui cependant gagnerait à être plus précis et plus sévère, où et comment doit-on recruter le personnel de la crèche ?

Souvent ce n'est pas le médecin qui en est chargé, ce qui est extrêmement regrettable. Généralement ce sont les municipalités ou les dames patronnesses de l'œuvre qui choisissent les directrices, lesquelles toutefois ne peuvent exercer leurs fonctions sans l'autorisation du Préfet, et le médecin peut alors être appelé à donner son avis.

L'article 13, sur ce point, s'exprime en termes assez vagues : *La directrice d'une crèche doit avoir 21 ans accomplis et être agréée par le Préfet. Elle doit en outre fournir les titres ou références établissant qu'elle possède les aptitudes nécessaires à l'exercice de la fonction.* »

Quelle est donc la fonction qu'une directrice de crèche doit remplir, et par suite, quelles sont les qualités qu'elle suppose ?

La directrice représente à la crèche l'autorité du médecin, elle doit être digne de la confiance qu'il lui accorde. C'est elle qui devra faire exécuter scrupuleusement et correctement ses ordres, qui devra veiller à la bonne marche de la maison. C'est elle aussi, et cela demande plus que de l'intelligence et du dévouement, qui devra savoir appeler le médecin en cas de besoin. Il faudra donc qu'elle ait reçu une éducation médicale suffisante, qui lui permette de faire elle-même certains diagnostics de médecine

infantile courante. Elle devra reconnaître les symptômes de début des maladies infectieuses de l'enfance : rougeole, scarlatine, etc... Elle verra donc les enfants chaque matin à leur arrivée à la crèche, et gardera les suspects dans la salle d'isolement.

Au cours de la journée, elle devra savoir soigner les troubles gastro-intestinaux bénins, dus à des poussées dentaires, ou résultats d'erreurs de régime commises le soir au foyer familial. Au moindre signe de gravité elle appellera le médecin, et, à chacune de ses visites, elle lui signalera les enfants particulièrement chétifs, lui montrera les courbes de poids, tiendra à jour les registres d'observations et les fiches médicales, que doivent posséder tous les enfants des crèches.

Enfin, la directrice devra faire preuve des qualités nécessaires à tout chef : elle devra imposer le respect aux gardes et berceuses, se faire aimer et obéir, et être pour toutes un exemple.

Où faudra-t-il donc recruter les personnes capables de remplir ces délicates fonctions médicales et sociales, capables de comprendre les leçons du médecin et de mettre à profit ses conseils ? Elles ne sont pas rares à l'heure actuelle, les personnes de bonne famille, peu fortunées, ayant reçu une solide instruction, pourvues de diplômes d'infirmières et de puériculture, et présentant toutes les garanties morales nécessaires. Instruites de l'hygiène et des maladies de l'enfance, elles deviendraient rapidement d'excellentes directrices de crèches,

auxiliaires précieuses et indispensables du médecin.

Si le recrutement des directrices de crèches est relativement facile, beaucoup plus difficile est celui des gardes et des berceuses, dont le rôle à la crèche, bien que subalterne, n'en est pas moins extrêmement important et délicat.

Ce sont elles, en effet, qui vivent le plus avec les enfants, qui les soignent, les lavent, les changent, les amusent, qui remplacent véritablement la maman absente.

Leur nombre a été réglementé par l'article 16 du décret de 1923 :

La crèche doit avoir une berceuse pour six enfants âgés de moins d'un an, et une gardienne pour douze enfants de plus d'un an.

Quant aux qualités qui leur sont demandées : *Nulle ne peut faire partie du personnel secondaire de la crèche (gardiennes, berceuses, employées diverses), si elle n'est pourvue d'un certificat de bonne vie et mœurs, et si elle ne justifie de ses aptitudes professionnelles.*

Là encore le règlement s'exprime en termes très vagues, qui mériteraient d'être précisés, et laissent au médecin le soin de juger des capacités de ses berceuses.

Le nombre fixé est respecté dans certaines crèches ; dans d'autres, plus pauvres, moins aidées, il ne l'est pas, et ne pourrait l'être que difficilement, étant donné l'état économique actuel. Les berceuses sont payées de 300 à 500 francs par mois, chiffre qui

varie suivant les crèches. Dans ces conditions, le recrutement, très difficile, est souvent très mauvais, car il amène souvent des femmes incapables, qui n'ont pu trouver aucun emploi ailleurs. On souhaiterait voir dans les crèches des infirmières diplômées, mais il faudrait les rétribuer mieux, et les crèches pour la plupart n'arrivent pas à boucler leur budget. Enfin, par mesures d'économie encore, les berceuses sont employées en même temps à la garde des enfants et aux gros travaux du ménage, c'est elles qui lavent les planchers, font la lessive ; des infirmières diplômées refuseraient d'accomplir ces pénibles besognes. Tout cela explique quelles difficultés surgissent dès que l'on veut essayer d'apporter quelque amélioration au recrutement du personnel secondaire.

Il ne faut cependant pas être pessimiste ; beaucoup de ces berceuses sont de très braves femmes, travailleuses et dévouées, mais qui n'ont pas reçu l'éducation nécessaire, les notions d'hygiène et de propreté élémentaires, qui leur permettraient de remplir convenablement la tâche délicate qui leur est confiée. Et, ces notions, ces principes, c'est le médecin de la crèche qui doit les leur inculquer, par ses conseils répétés et les leçons théoriques qu'il viendra leur faire de temps à autre : éduquer son personnel est un des premiers devoirs du médecin.

Enfin, beaucoup de jeunes filles inoccupées pourraient trouver à la crèche œuvre utile à accomplir, en venant s'occuper des enfants, aider les berceuses

pleines de bonne volonté et souvent surchargées de travail, promener un peu les plus petits sur les bras, afin de faire disparaître ces petites têtes pelées des « crèchards », aux cheveux râpés par le contact perpétuel de l'oreiller ; éveiller ces petits êtres à la vie ; donner l'exemple au personnel de la propreté, de l'hygiène et du dévouement.

ALIMENTATION

L'alimentation tenant une place prépondérante dans l'hygiène de l'enfance, il est nécessaire que le médecin de crèches y apporte une attention toute particulière, afin d'éviter les erreurs de régimes, si fréquemment commises dans tous les milieux sociaux, et qui entraînent un grand nombre de maladies du tout petit.

La crèche recevant les enfants de leur naissance à l'âge de trois ans, il faudra distinguer deux catégories parmi ses petits pensionnaires : les nourrissons, âgés de 15 jours à 6 ou 8 mois, qui ne prennent que du lait, et les enfants de 8 mois à 3 ans, dont le régime comporte divers aliments qu'il faudra savoir adapter à l'âge, à la constitution de chacun.

Nous ne traiterons pas ici en entier la question de l'allaitement, qui est déjà bien connue, et qui dépasserait de beaucoup le cadre de notre étude. Nous nous contenterons de rappeler que l'allaitement maternel intégral est le seul qui puisse fournir au nourrisson un aliment vraiment adapté à son organisme.

Le lait maternel contient en effet des éléments

spécifiques à chaque espèce : c'est le seul que l'on puisse donner frais, qui soit ainsi capable de garder des diastases et des vitamines non altérées ; enfin, il passe sans contamination possible du sein de la mère dans la bouche de l'enfant ; c'est donc le seul qui présente une garantie absolue, tant par l'équilibre parfait et la richesse de ses composants que par son inaltérable pureté.

C'est pourquoi, lorsqu'une mère présentera pour la première fois son enfant à la crèche le médecin devra lui faire comprendre la nécessité de venir l'allaiter, la crèche désirant les séparer le moins possible l'un de l'autre.

S'il s'agit d'un nouveau-né, pour qui le voyage quotidien de la maison à la crèche, ne serait pas exempt de danger, le médecin devra rechercher avec la mère le moyen de retarder l'admission de l'enfant.

L'enfant admis, il faudra, comme nous l'avons déjà dit précédemment, mettre tout en œuvre pour faciliter l'allaitement maternel à la crèche. La directrice, des assistantes sociales, pourront au besoin faire des démarches auprès de l'employeur, pour qu'il accorde à la mère la possibilité de venir allaiter son enfant, selon les prescriptions de la loi du 5 août 1917.

C'est là le moyen le plus efficace, tout au moins durant les cinq premiers mois, pour diminuer la mortalité du nourrisson. La crèche présentera ainsi pour le tout petit le minimum d'inconvénients.

C'est ce que le médecin devra bien expliquer aux mères, en leur montrant les bienfaits que leur lait peut apporter à leur enfant et les dangers auxquels elles l'exposeraient en le privant de cet aliment naturel auquel il a droit.

Le médecin fera ainsi, comme il arrive si souvent, œuvre à la fois médicale et morale : en assurant la santé du nourrisson, il lui donnera en même temps une mère plus tendre, plus capable de le comprendre, de le connaître, de prévenir ses malaises, plus apte à le soigner et à l'aimer. Sa tâche vis-à-vis de ces petits privilégiés se réduira alors à très peu de chose : il réglera judicieusement les tétées, surveillera la courbe du poids et l'aspect de l'enfant.

Lorsque le médecin se trouvera en présence d'une mauvaise nourrice, dont le lait est insuffisant par sa qualité ou sa quantité, il devra instituer l'allaitement mixte, comme toutes les fois d'ailleurs que la mère ne peut venir à la crèche au cours de la journée, il la décidera à donner le sein le matin à l'arrivée et le soir en venant chercher l'enfant, car l'allaitement mixte est encore bien préférable à l'allaitement artificiel.

Enfin, il est des cas malheureusement trop nombreux, où l'on sera obligé de renoncer à l'allaitement maternel, si la mère ne peut ou ne veut nourrir son enfant. Alors, on aura généralement recours au lait de vache.

Il ne saurait en effet être question du lait d'ânesse qui se rapproche le plus par sa composition du lait

de femme et doit être consommé cru, ni du lait de chèvre ou de brebis, très coûteux et pour cela très peu utilisés aujourd'hui.

Le lait de vache par contre est de beaucoup le plus employé, étant donné la facilité qu'on a de se le procurer et son faible prix. Il n'est cependant pas sans présenter de graves inconvénients.

1^o Sa composition, différente de celle du lait de femme, en fait un aliment difficile à manier, souvent mal digéré par le nourrisson, auquel il n'est pas spécifiquement adapté. Sans traiter ici à fond cette question bien connue, nous rappellerons seulement que le lait de vache possède environ deux fois plus de caséine que le lait de femme, et une quantité très sensiblement inférieure de lactose ; il est par contre beaucoup plus riche en sels minéraux. A ces variations quantitatives s'ajoutent des variations qualitatives : caséine, lactose, etc..., ne présentant pas dans chaque lait les mêmes propriétés chimiques et biologiques. Il faudra donc essayer de remédier à cette différence de composition par un « coupage » et un « sucrage » judicieux, adaptés à chaque âge, à chaque constitution, et généralement, on pourra obtenir ainsi de bons résultats et mener à bien l'alimentation d'enfants normaux.

2^o Le deuxième inconvénient dont nous voulons parler, et qu'il serait plus exact d'appeler un danger, provient de la difficulté où l'on se trouve de pouvoir assurer aux villes, et plus spécialement à l'en-

fance, un lait propre et sain. On connaît en effet, et tout le monde est d'accord sur ce point, les risques de tuberculose et de maladies microbiennes diverses que le lait peut faire courir au nourrisson. C'est d'ailleurs pourquoi il ne peut plus être question à l'heure actuelle de donner à l'enfant du lait cru, préconisé autrefois sous prétexte de garder intactes les vitamines qu'il contient ; mieux vaut les remplacer en ajoutant du jus de citron à l'alimentation, que d'exposer l'enfant aux dangers microbiens.

Cette question du lait est particulièrement débattue actuellement ; et, devant la gravité de la situation, le gouvernement, obéissant aux requêtes pressantes des hygiénistes et des pédiatres, a fait depuis quelques années de grands efforts pour essayer d'établir un contrôle sur la production du lait, et de grands progrès ont déjà été réalisés sur ce point.

Pour bien comprendre tous les risques de contamination auxquels est exposé le lait, depuis l'étable jusqu'au moment de sa consommation, nous retracerons rapidement les étapes par lesquelles il passe, avant d'être distribué.

Les 1.200.000 litres de lait qui sont expédiés chaque jour à Paris, provenant de 60.000 fermes, passent par des centres de ramassage : « les dépôts laitiers », au nombre de 300 environ, où ils sont traités par la chaleur. De là, ils sont expédiés par chemin de fer ou par route, répartis en bidons ou en citernes, et distribués ensuite aux crémiers et épiciers, débitants de la ville.

Il est ainsi facile de se rendre compte des multiples altérations (falsifications et contaminations) auxquelles le lait est exposé, et des différents points sur lesquels doit porter la surveillance.

Eviter les fraudes est relativement facile, la loi du 1^{er} août 1905, complétée par le décret du 25 mars 1924, a permis en cette matière un contrôle efficace, suivi de sanctions. Mouillage, écrémage, addition de matières étrangères et de substances antiseptiques, destinées à assurer la conservation du lait, mais très souvent toxiques pour le nourrisson, sont aujourd'hui sévèrement punis.

Mais il est beaucoup plus difficile d'assurer un contrôle hygiénique du lait. La meilleure méthode consisterait évidemment à établir une surveillance dès l'étable, portant sur les bêtes, les ustensiles servant à la traite, le trayeur. Mais il est pour ainsi dire impossible de s'introduire chez le petit producteur, pour qui la sélection du bétail serait trop onéreuse. Par ailleurs, la tuberculinisation des vaches est facultative, et l'on ne peut que « recommander que le bétail soit sain, les étables proprement tenues, la surveillance vétérinaire effective, la traite aussi soignée que possible, la réfrigération immédiate réalisée » — quant aux mains sales du trayeur, aux germes qu'il transporte, aux seaux rincés avec de l'eau suspecte, il est difficile d'y remédier. Aussi l'ordonnance du Préfet de Police du 12 septembre 1918, établissant un contrôle hygiénique facultatif du lait, ne peut-elle être instituée que chez les

grands producteurs consentants, qui sont encore fort rares.

Le décret du 25 mars 1924, dans la partie qu'il consacre au contrôle hygiénique du lait, est malheureusement trop vague pour avoir une action véritablement efficace. Il condamne en effet :

1^o Le lait provenant d'animaux atteints de maladies, dont la nomenclature sera donnée par arrêté du Ministre de l'Agriculture, pris sur avis du Comité consultatif des épizooties.

Or, cette nomenclature n'a jamais été établie, et aucun arrêté ne permet de faire disparaître des étables les vaches laitières atteintes de tuberculose, de brucellose, des diverses affections du pis, du tube digestif, de la peau... Aucun texte légal ne permet donc au vétérinaire sanitaire de s'introduire à la ferme, et le contrôle des vaches laitières est impossible.

C'est devant cette difficulté d'imposer un contrôle obligatoire à la ferme, impossibilité même, due à l'extrême division de la production laitière en France, que M. le D^r Névot, chef du laboratoire du lait au Service sanitaire vétérinaire de la Seine, demande l'institution du contrôle légal, obligatoire, dans les dépôts laitiers : le nombre en est, nous l'avons vu, relativement restreint.

Mais laissons là ces vœux fort louables qui, espérons-le, seront un jour réalisés, pour continuer l'étude de la législation actuelle ; revenons d'abord au décret du 25 mars 1924 qui condamne :

2° *Le lait coloré, malpropre, malodorant.* L'application de ce deuxième alinéa a permis, grâce à des procédés de filtration sur rondelle d'étoffe, d'obtenir un lait propre, dépouillé d'impuretés macroscopiques. Ce contrôle, effectué dans le service de M. le Dr Neveu à la Préfecture de Police, a réalisé un grand progrès dans l'hygiène du lait, et de très gros efforts ont été fournis dans ces dernières années par les producteurs, comme en témoigne « l'herbier » des échantillons de laits qui a été constitué depuis de nombreuses années par M. le Dr Neveu, sur l'initiative du Professeur Tanon et du Professeur Bordas.

3° *Le lait provenant d'une traite opérée moins de sept jours après le part, et d'une manière générale, le lait contenant du colostrum.*

4° *Le lait provenant d'animaux mal nourris et manifestement surmenés.*

Là, encore, difficulté du contrôle à la ferme.

5° *Le lait qui n'a pas été débarrassé de tous microbes pathogènes par un procédé de pasteurisation ayant reçu l'approbation du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France.*

Mais, ce procédé n'ayant pas encore été défini, il n'y a pas encore en France de lait pasteurisé officiel.

6° *Le lait stérilisé contenant des germes vivants.*

Devant cette impossibilité du contrôle obligatoire à la ferme, devant ce manque de garantie tou-

chant l'absence de germes pathogènes dans le lait, les pouvoirs publics ont eu l'idée d'établir un contrôle facultatif, *laissant à ceux qui voudraient s'y soumettre la possibilité de vendre leur lait plus cher, avec la marque de garantie « lait provenant d'étables officiellement contrôlées »*. Ainsi parut la circulaire ministérielle du 17 novembre 1927, qui invite MM. les Préfets, *dans le cas où ils le jugeront opportun*, à prendre des arrêtés instituant le contrôle sanitaire dans les étables des propriétaires qui en feront librement la demande. C'est ainsi que Paris reçoit le lait de cinq ou six producteurs volontairement surveillés.

En application de cette circulaire, M. le Préfet de Police a pris sur l'hygiène du lait l'ordonnance du 15 mai 1930, qui, en établissant les mesures d'hygiène applicables au transport du lait, aux locaux de vente et aux manipulations, introduisit l'hygiéniste dans les lieux de vente du lait. Elle précise en outre dans quelles conditions peut être effectué le contrôle facultatif du lait dans le département de la Seine.

Enfin, reste à citer la loi récente du 2 juillet 1935, qui vise, dans son article 4, les laits provenant d'étables officiellement contrôlées, qui « seront seuls désormais à porter la mention : *officiellement contrôlés* ».

ARTICLE 4. — *Seuls les laits répondant à ces conditions auront droit à cette appellation, et toute autre*

appellation risquant d'établir une confusion avec la désignation précédente est interdite.

ARTICLE 5. — Se rapporte aux laits crus, et en permet la vente sans garantie spéciale.

Il doit seulement répondre aux exigences de la loi du 1^{er} août 1905, sur la répression des Fraudes, et de l'article 4 du décret du 24 janvier 1934, qui prévoit que *les laits provenant d'animaux atteints de tuberculose et les laits renfermant des bacilles tuberculeux ne pourront être utilisés pour l'alimentation de l'homme et des animaux, soit en nature, soit sous forme de produits dérivés, qu'après un chauffage assurant la destruction du bacille tuberculeux. Toutefois, les laits provenant d'animaux atteints de tuberculose avancée du poumon, de tuberculose de l'intestin, de la mamelle et de l'utérus, seront détruits dans tous les cas.*

ARTICLE 6. — Traite de l'assainissement : tous les laits devront être soumis à la pasteurisation ou à tout autre traitement possédant une efficacité au moins égale.

Comme on le voit, cette nouvelle loi réalise un immense progrès dans le problème de l'assainissement du marché laitier. Rendant plus efficace le contrôle de toute la production laitière, elle permet en outre la mise en vente d'un lait aussi parfait que possible, le « lait officiellement contrôlé », c'est-à-dire :

1^o provenant d'étables surveillées, où bétail et

personnel sont soigneusement examinés, où la tuberculinisation des vaches laitières est systématiquement pratiquée ;

2^o refroidi à la ferme dès après la traite ;

3^o transporté dans des conditions parfaites d'isothermie ;

4^o subissant au dépôt laitier une pasteurisation contrôlée ;

5^o mis en flacons stériles fermés ;

6^o conservé en chambres frigorifiques dans les lieux de consommation.

Après avoir étudié les multiples dangers qu'un mauvais lait peut faire courir aux nourrissons, la nécessité d'une surveillance sanitaire sévère, et les diverses lois qui régissent le contrôle du marché laitier, on comprendra combien est grave ce problème de l'alimentation de l'enfance et de quels moyens les pédiatres, et particulièrement les médecins de crèches, disposent pour le résoudre.

Malgré les immenses progrès réalisés, on ne saurait leur recommander trop de prudence ; le médecin de crèche ne devra pas se contenter des bienfaits acquis ; continuant dans son petit domaine l'œuvre de l'hygiéniste, il devra l'aider dans la lutte pour le lait bon et sain. Comme nous l'avons vu, à l'heure actuelle, l'hygiéniste ne peut exercer partout son contrôle.

Rares sont les crèches qui font uniquement usage de lait officiellement contrôlé, ce qui serait pour-

tant souhaitable ; mais leurs faibles ressources ne le leur permettent généralement pas, et l'on ne peut songer à le leur imposer, étant donné le prix de revient relativement élevé de ces laits ; quoi qu'il en soit, on ne saurait jamais trop insister pour que les crèches envoient régulièrement chaque semaine, comme cela leur est demandé, un échantillon de leur lait, prélevé aussi aseptiquement que possible, aux fins d'analyse, au laboratoire spécial de la Préfecture de Police. Ce contrôle leur permettra en effet de connaître la qualité des laits qui leur sont fournis, de les refuser, de faire appel à un autre fournisseur s'ils ne présentent pas toutes les garanties nécessaires. Agissant ainsi, grâce à un contrôle sévère, la crèche pourra donner aux tout-petits le bon lait dont ils ont tant besoin.

Mais la surveillance du médecin ne s'arrête pas là. Malgré toutes les précautions prises pour assurer à la crèche un bon lait, provenant de vaches saines, ayant subi une pasteurisation sérieuse, les examens de laboratoire révèlent toujours dans les laits la présence de nombreux germes, dans une proportion variant de 100.000 à plusieurs millions par centimètre cube ; aussi est-il absolument nécessaire de leur faire subir une stérilisation systématique, et l'on ne réservera l'usage du lait cru que pour des cas absolument exceptionnels. Telle crèche parisienne, par exemple, n'alimente ses enfants qu'avec du lait officiellement contrôlé, donné cru, en été comme en hiver, et n'a jamais eu aucun incident à signaler ;

mais cette pratique ne saurait cependant être encouragée, malgré les avantages qu'elle peut présenter ; elle nécessite, en effet, une surveillance rigoureuse, extrêmement difficile à réaliser, et la moindre erreur serait capable d'entraîner de trop grands désastres. Aussi tout lait doit-il être stérilisé dès son arrivée à la crèche ; c'est là le moyen le plus sûr d'éviter de graves ennuis.

Ceci dit, comment et par quels procédés la stérilisation doit-elle être pratiquée ? Différentes méthodes ont été proposées ; procédés chimiques, stérilisation par l'ozone ou les rayons ultra-violet, doivent être abandonnés. Seule la chaleur, jusqu'à présent, est capable de fournir une bonne stérilisation, et le procédé le plus pratique et généralement adopté dans les crèches consiste à chauffer au bain-marie, jusqu'à ébullition, les biberons tout préparés et bouchés hermétiquement. Cependant, on a pu faire à cette méthode, dite méthode de Soxhlet, le reproche de nécessiter beaucoup de temps et de combustible pour chauffer une masse d'eau forcément assez considérable ; de ne pas réaliser une température uniforme, les biberons disposés excentriquement n'atteignant pas une température suffisante, le brassage de la masse liquide n'étant pas réalisé du fait des multiples obstacles représentés par les biberons. C'est pourquoi l'on propose actuellement un nouveau système de stérilisation par la chaleur : l'étuve à vapeur libre, que diverses crèches ont déjà adoptée, et qui n'est en somme qu'un perfectionnement

de la méthode précédente, arrivant d'une façon plus pratique au même résultat.

Quoi qu'il en soit, les biberons une fois stérilisés, et ainsi préparés dès le matin pour toute la journée, doivent être conservés au frais, à la glacière, et utilisés le jour même. La directrice devra veiller à ce que le rinçage des biberons vides soit pratiqué aussitôt après les repas, dans des bacs de trempage, à l'aide de goupillons et de gicleurs, afin qu'aucun résidu laiteux ne reste au fond des biberons, où il constituerait un dangereux milieu de culture. De même le nettoyage des tétines, qui, rappelons-le, doivent être personnelles, sera pratiqué avec le même soin ; aussi choisira-t-on de préférence des tétines en caoutchouc pur, souple, permettant le retournage en doigt de gant. Après stérilisation, les tétines seront placées à l'abri des poussières, dans un récipient fermé et sec ; la macération dans l'eau est en effet dangereuse, permettant aux germes qui auraient pu échapper au nettoyage un développement facile.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que de l'hygiène du lait, de sa propreté, de sa stérilisation et des précautions à prendre pour éviter toute contamination dans la préparation des biberons ; le soin de le répartir de façon judicieuse, adaptée à chaque enfant, revient encore au médecin.

Comme nous l'avons déjà dit, sa composition est différente de celle du lait de femme, aussi faudra-t-il le couper d'eau dans un rapport variant suivant

l'âge et la constitution du nourrisson, afin de le rendre plus « léger », et suppléer au manque de lactose par l'addition de 5 à 10 % de sucre.

Notre maître, M. le Dr Lesné, donne à ce sujet les conseils suivants :

— *Pour le nourrisson de moins de 1 mois, le lait sera coupé de moitié d'eau.*

— *D'un tiers durant le deuxième mois.*

— *D'un quart pendant le troisième.*

— *A partir de 4 mois et demi ou de 5 mois, on peut donner du lait pur.*

Les biberons seront régulièrement donnés toutes les trois heures. L'enfant boira assis dans son lit ou sur les genoux de la berceuse afin de diminuer les risques d'aérophagie.

Telles sont les multiples précautions à prendre pour mener à bien l'allaitement au lait de vache frais, entendons, non industriellement traité. Précautions toutes indispensables, nécessitant l'aide d'un personnel propre et convenablement éduqué, et une surveillance médicale continuelle. Nous ne saurions trop insister sur la nécessité de la stérilisation, qui a contribué pour une large part à la diminution de la mortalité infantile.

A quoi bon alors vouloir à tout prix un lait sain et propre, si, par une stérilisation curative, on peut obtenir un lait assaini ? La stérilisation ne peut être efficace que sur des laits surveillés dans leur production, leur transport, leur conservation et leur distri-

bution, car, stériliser un lait souillé de germes, c'est faire en réalité un bouillon-vaccin, qui, par les produits microbiens qu'il renferme, est hautement toxique. Aussi, le médecin de crèches devra-t-il aider l'hygiéniste dans sa lutte pour le bon lait, lutte dont nous avons essayé de montrer ici toute la nécessité et les immenses bienfaits. Et chaque fois qu'une crèche ne pourra avoir à sa disposition un lait parfaitement propre, elle devra recourir à l'emploi de laits stérilisés industriellement : laits condensés, sucrés ou non, laits secs, qui souvent rendent de grands services.

Ces laits concentrés, employés généralement sucrés, sont souvent mieux digérés par les nourrissons délicats, débiles, vomisseurs, hypotrophiés, diarrhéiques... présentant des troubles gastro-intestinaux. Cette digestibilité serait due à une coagulation en particules plus ténues dans l'estomac, à la suite de modifications subies par le lactose au cours de la fabrication.

Substitué au lait frais en cas de carence de ce dernier, il est en outre un excellent aliment de régime, grâce auquel bien souvent la courbe de poids augmente, les vomissements cessent, les selles redeviennent normales. Le médecin de crèche devra donc y avoir recours toutes les fois que l'allaitement au lait de vache frais ne lui donne pas entière satisfaction, au moindre trouble gastro-intestinal. Le dosage en est facile, il suffit de le diluer de la façon suivante :

1^o 36 gr. 5 de lait concentré sucré dilués dans

87 gr. 5 d'eau bouillie donnent 115 gr. d'un mélange correspondant à 100 gr. de lait entier additionné de 15 gr. de saccharose.

2^o 18 gr. de lait concentré sucré dilués dans 82 gr. d'eau bouillie reconstituent un lait coupé à la moitié et sucré à 7 %.

3^o Pour couvrir les besoins qualitatifs et quantitatifs du nourrisson par kilogramme de son poids et par jour, il suffit de diluer 30 gr. de lait concentré sucré (100 calories), soit 3 cuillerées à café de 10 gr., dans 150 gr. d'eau bouillie ou de décoction farineuse.

Enfin, en présence de débiles, de grands dystrophiques, de vomisseurs invétérés, d'enfants présentant des lésions tenaces d'eczéma ou d'impétigo, il faudra recourir au lait sec, de préférence « demi-gras », qui sera généralement bien toléré, véritable aliment de régime. Il suffira pour le préparer de diluer 3 cuillerées à soupe de poudre de lait dans 100 cmc. d'eau bouillie et d'y ajouter 5 à 10 gr. de sucre pour 100. La pauvreté de ces laits en vitamine C rend l'adjonction de jus de fruits au régime absolument indispensable, de même qu'elle est recommandée au cours de tout allaitement artificiel.

Malgré les avantages incontestables que présentent ces différents laits industriels, on ne saurait cependant les employer que lorsque l'allaitement par le lait frais est impossible pour l'une des raisons que nous avons précédemment exposées :

1^o Leur prix relativement élevé serait d'abord une lourde charge pour les crèches.

2^o Il est facile de comprendre qu'on ne peut maintenir les enfants à un tel lait durant toute la première enfance. Puisqu'il faudra un jour recourir à une alimentation plus simple, mieux vaut y arriver tout de suite, quand on peut se procurer du bon lait et que les petits estomacs le digèrent bien. On constituera ainsi de petits organismes mieux adaptés, progressivement immunisés et plus aptes à franchir la délicate étape du sevrage.

En résumé, nous voyons combien il est difficile de mener à bien l'allaitement artificiel, et combien doit être sévère, minutieuse, la surveillance de l'hygiéniste et celle du médecin. Cet allaitement, qui est un pis-aller (principalement dans les crèches, qui ont été créées pour faciliter l'allaitement maternel), peut encore, à la rigueur, être réalisé dans des conditions satisfaisantes, à la maison, par une mère aux soins attentifs et toujours inquiets ; mais il devient extrêmement délicat, dans une crèche, confié à des mains étrangères. Il est des cas pourtant où ces femmes, appelées à remplacer la mère, s'acquittent de leurs délicates fonctions avec plus d'expérience, plus de soin que des mères qui n'ont pas reçu une éducation appropriée. Bien des reproches adressés à la crèche sont en réalité mérités par les mères elles-mêmes ; et la crèche ne gardant les enfants qu'une partie de la journée, ne peut être rendue responsable d'erreurs commises à la maison. Il serait donc souhaitable que toutes les crèches, moyennant une rétribution minime, puissent assurer

la nourriture de l'enfant au dehors de l'établissement, sous forme de biberons préparés et stérilisés à la crèche, que la mère rapporterait vides le lendemain matin :

Il nous reste maintenant à parler de l'alimentation de l'enfant plus âgé. Dès l'apparition de la première dent, entre 6 et 7 mois, il faudra remplacer un biberon par une bouillie, de préférence préparée avec du bouillon de légumes. Et, à ce propos, nous devons dire que l'alimentation lactée est généralement trop prolongée dans les crèches, et que l'alimentation des enfants plus âgés comporte beaucoup trop de lait et de farineux. De nombreuses enquêtes entreprises par des hygiénistes et des pédiatres, entre autres les Drs Lesné et Schreiber ont montré l'insuffisance fréquente de la ration alimentaire. Le menu est généralement le même pour les enfants de 1 an et ceux de 3 ans. Chaque jour voit revenir régulièrement la même bouillie et la même purée de pommes de terre. Rares sont les crèches qui donnent des légumes avant la fin de la première année, de la viande avant 18 mois. Les œufs figurent rarement au menu. Les fruits sont généralement représentés par des bananes, particulièrement indigestes. Aussi, la dystrophie, l'anémie, le rachitisme sont-ils fréquents chez les petits pensionnaires des crèches, si souvent prédisposés à ces états pathologiques. Et, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici les menus-types que M. le Dr Lesné a établis, en s'appuyant sur les solides principes de la science et sur

sa grande expérience personnelle, menus reproduits dans son livre remarquable intitulé *Les régimes du nourrisson* et qui sont par ailleurs recommandés aux mères à sa consultation de l'Hôpital Trousseau.

DE 6 A 10 MOIS (ou dès la première dent).

Six repas :

Une bouillie préparée avec 170 gr. de bouillon de légumes et une, puis deux cuillerées à café de tapioca, d'arrow-root, de farine d'orge, de riz ou de froment ; un mois après, une deuxième bouillie préparée avec 170 gr. de lait ; 5 puis 4 tétées, ou biberons de 170 gr. de lait pur bouilli 5 minutes et sucré.

Si l'enfant est au biberon, lui donner chaque jour une cuillerée à café de jus d'orange ou de raisin.

DE 10 A 12 MOIS.

Cinq repas :

Deux bouillies plus épaisses, dont l'une sera préparée avec du bouillon de légumes ; 2 tétées ou biberons de 170 à 180 gr. et à midi un petit repas composé de :

1^o Une purée de pommes de terre avec un peu de légumes verts passés ;

2^o Un peu de marmelade de pommes ou un fruit bien mûr écrasé (banane ou pêche ou pomme), eau et jus d'orange, ou de raisin, ou de tomate.

DE 12 A 18 MOIS.

Quatre repas :

8 heures : Une bouillie de farine variée préparée avec 200 gr. de lait.

Midi : 1^o Purée de légumes farineux ou pâtes et légumes verts passés, arrosés de jus de viande deux ou trois fois par semaine. Les autres jours, faire cuire dans les légumes un jaune d'œuf bien frais, ou à partir du quinzième mois donner un œuf à la coque cuit 3 minutes.

2^o Compote ou confitures, ou banane très mûre ; croûte de pain ; fromage cuit ou petit suisse ; eau et jus d'orange ou de raisin.

16 heures : 200 gr. de lait ou d'eau sucrée, biscuits secs, ou un fruit bien mûr.

19 heures : Bouillon de légumes ou bouillon gras épaissi avec légumes passés, ou tapioca, ou farine ; gâteaux secs, compote, ou gâteau de riz ou de semoule ; eau et jus de fruits.

DE 18 A 30 MOIS.

Quatre repas :

8 heures : Bouillie au lait.

Midi : 1^o Un œuf ou un peu de viande hachée (jambon, poulet, mouton), ou un peu de foie de veau ou de cervelle en hiver, ou un peu de poisson bouilli (sole, merlan, limande).

2^o *Légumes verts, et farineux ou pâtes ou riz.*

3^o *Fruit cru très mûr, ou compote ou confitures, fromage cuit, ou petit suisse, croûte de pain ; eau et jus de fruits.*

16 heures : 200 gr. de lait ou eau sucrée, pain ou gâteaux secs, compote ou confitures ou banane très mûre.

19 heures : Potage maigre ou gras, épaissi avec légumes passés, tapioca ou farine ; gâteaux secs, compote ou confitures, ou pudding de riz, semoule ou tapioca.

Malheureusement, les crèches capables de confectionner ces menus, de fournir aux enfants une alimentation variée, assurant tous les éléments nécessaires aux petits organismes en pleine période de croissance, sont fort rares ; et celles qui sont capables de confectionner des aliments de régime, dont leurs petits pensionnaires, débiles congénitaux, dystrophiques, anémiques, ont si souvent besoin, n'existent pour ainsi dire pas. Les crèches sont en effet trop souvent considérées comme des sortes de demi-pensionnats : on suppose que les enfants qui y passent seulement une partie de la journée sont chez eux convenablement nourris et soignés. Or, il en est bien souvent autrement, et la crèche a le devoir de leur donner une alimentation saine et abondante, de guérir par des régimes appropriés leur anémie et leur rachitisme, de corriger les erreurs commises par la famille. C'est pourquoi l'attention

du Parti social de la santé publique a souvent été attirée sur la nécessité d'apporter d'importantes réformes au fonctionnement d'un grand nombre de crèches, qui au point de vue de l'alimentation laissent beaucoup à désirer. Aussi, y aurait-il grand intérêt à créer à Paris, comme cela existe à Strasbourg, une biberonnerie centrale, qui rendrait de très grands services. Convenablement installée, parfaitement outillée, disposant d'un personnel spécialement éduqué, la biberonnerie centrale serait chargée de la préparation des biberons et de tous les aliments de régimes qui seraient ensuite distribués à toutes les crèches et œuvres de l'enfance, lesquelles par téléphone, la veille, auraient indiqué exactement le nombre et le genre des rations leur étant nécessaires. Le matin, de bonne heure, le transport serait effectué dans de petites autos frigorifiques, et de cette façon les crèches n'auraient plus qu'à posséder une bonne glacière recevant les aliments et les biberons tout préparés, que les infirmières réchaufferaient au bain-marie au moment de les distribuer. Ainsi, les enfants chétifs pourraient recevoir une alimentation appropriée à leur état et l'on peut affirmer qu'une biberonnerie centrale sauverait de nombreuses existences et éviterait bien des infirmités.

PROPHYLAXIE DES MALADIES CONTAGIEUSES

Ce problème d'une extrême gravité a été fort bien compris depuis longtemps par médecins et hygiénistes et l'on peut dire qu'à l'heure actuelle, le fonctionnement des crèches à ce sujet est parfait. Il n'en fut pas toujours ainsi et les épidémies firent autrefois dans les crèches des ravages impressionnants, qui, à juste raison, jetèrent un si large discrédit sur ces établissements. Aussi, les premières mesures sanitaires prises dans les crèches eurent-elles pour but de parer à ce terrible danger, dû à la vie en commun, et d'autant plus grave ici, que les lois de l'immunité n'interviennent pas encore chez ces organismes tout neufs, incapables de résister à une attaque massive de germes pathogènes, apportés par le petit camarade malade, ou par la berceuse, porteur de germes sains.

Ce problème de la prophylaxie des maladies contagieuses est extrêmement complexe, et il a fallu l'envisager sous ses nombreux aspects pour arriver à le résoudre. On peut d'abord considérer deux grands moyens de lutte :

1^o Eviter que la maladie ne s'introduise à la crèche.

2^o Quand elle y est, prendre les mesures nécessaires pour en empêcher la propagation.

Quelles sont donc ces maladies particulièrement redoutables pour les crèches et qu'il faut jeter dehors à tout prix ? Ce sont la rougeole, la coqueluche, la diphtérie et, accessoirement, la scarlatine, les oreillons, la varicelle. Nous ne voulons pas dire par là qu'il faille ouvrir la porte aux autres infections, nous parlerons d'ailleurs dans un paragraphe spécial de la tuberculose, mais ces maladies énumérées sont pratiquement les seules que l'on rencontre à l'état épidémique chez les enfants âgés de 15 jours à 3 ans et qui sont particulièrement dangereuses à leur âge.

Nous n'avons pas non plus parlé de la variole, maladie exceptionnellè en France, depuis que la vaccination jennérienne est pratiquée d'une façon systématique et obligatoire. Et, particulièrement en ce qui concerne les crèches, l'article 10 de l'arrêté ministériel du 10 novembre 1923 spécifie :

Aucun enfant n'est admis à la crèche qu'à condition d'être vacciné.

Ceci dit, quelles sont les mesures employées pour éviter qu'un cas de maladie contagieuse ne se déclare à la crèche ? Nous envisagerons successivement les risques de contamination dus aux enfants, au personnel, aux personnes étrangères à la crèche, et les moyens de les éviter.

Chaque enfant est susceptible d'apporter avec lui les germes d'une maladie qu'il peut avoir contractée en dehors de la crèche. C'est pourquoi la

directrice voit chaque matin les enfants à leur arrivée. Elle doit les examiner un à un, afin de constater qu'ils ne présentent aucun symptôme qui pourrait faire suspecter un début de maladie infectieuse. Et, au moindre signe douteux, au moindre malaise dû manifestement à une autre cause que des troubles gastro-intestinaux banaux ou une éruption dentaire, l'enfant sera mis dans la salle d'isolement, où il attendra l'arrivée du médecin. Cette visite des enfants le matin à leur arrivée à la crèche est capitale, et nécessite de la part de la directrice, les solides notions de médecine infantile, l'expérience que nous réclamions d'elle lorsque nous avons été amené à parler du personnel de la crèche. La directrice doit savoir renvoyer les malades, isoler les suspects ; fermer la porte de la crèche aux maladies infectieuses, voilà la manière la plus simple et la plus efficace d'en pratiquer la prophylaxie.

Mais, l'enfant même sain, peut apporter sur ses vêtements des germes récoltés dans son entourage, au cours de ses voyages de la maison à la crèche. Tous ses vêtements doivent donc être considérés comme suspects, lui être retirés dans la salle de déshabillage, placés aussitôt dans un casier ou panier numéroté et soumis à une désinfection rigoureuse. Puis, l'enfant passe dans la salle de lavabos et de bains, où il est l'objet d'un nettoyage minutieux. (A ce propos, nous rappellerons que la directrice doit assister aux bains et les surveiller.) L'enfant soigneusement lavé, baigné, les yeux, le nez, les oreilles net-

toyés, les cheveux brossés et peignés, est revêtu de l'uniforme de la crèche, donné propre chaque matin. Ce n'est que dépouillé ainsi de tous les germes pathogènes qu'il pouvait porter sur lui et dans un état de propreté absolue, que l'enfant franchit le seuil de la crèche, incapable, grâce aux diverses précautions prises à son arrivée, de constituer un danger pour ses petits camarades.

Quant aux enfants reconnus suspects, c'est le médecin qui va décider de leur sort. Si la visite médicale est instituée quotidiennement à la crèche, la directrice attendra que l'heure en soit venue ; si au contraire le médecin ne vient qu'une ou plusieurs fois par semaine, la directrice devra l'avertir de ces cas suspects par téléphone. Dès son arrivée, elle le conduira à la salle d'isolement, où, après un examen complet, il se prononcera pour le maintien de l'enfant à la crèche ou pour son renvoi à la maison, soit immédiatement, soit le soir, si les dangers de contagion sont minimes. De toute façon, l'enfant sera maintenu dans la chambre d'isolement.

Cependant, les enfants ne sont pas les seuls à entrer à la crèche, le personnel (directrice, berceuses, infirmières), est lui aussi capable d'y introduire des germes infectieux. C'est pourquoi : *« Nulle ne peut devenir directrice d'une crèche si elle n'établit, par la production d'un certificat médical, qu'elle jouit d'une bonne santé, qu'elle n'est atteinte d'aucune maladie transmissible et qu'elle a été revaccinée depuis moins d'un an. »*

Il en est de même pour toute femme appartenant au personnel secondaire et pour *les personnes charitables qui viendraient éventuellement prêter leur concours bénévole* (art. 15).

Nous ne reviendrons pas ici sur la nécessité d'une surveillance médicale sévère et continuelle du personnel, qui, de lui-même, devrait savoir dans quels cas il peut devenir un danger de contagion pour les enfants et prendre toutes les précautions nécessaires pour y remédier.

Enfin, restent les cas de contamination possible par des personnes étrangères à la crèche : les parents, les mères principalement qui amènent et viennent chercher les enfants, les frères et sœurs malades à la maison. On ne peut lutter contre ces dangers que par une éducation médicale et morale des familles, en leur faisant comprendre que leur devoir est d'éviter de venir à la crèche après avoir fréquenté des malades ; en leur recommandant de prévenir la directrice aussitôt qu'un cas de maladie contagieuse se sera déclaré chez eux, dans l'entourage de l'enfant, et, de ne plus amener l'enfant à la crèche, mais de l'isoler ailleurs, chez des parents, des amis, ainsi que le médecin traitant le leur aura souvent conseillé.

Et, nous terminerons cette première partie de notre étude sur la prophylaxie des maladies infectieuses par le texte de l'arrêté préfectoral du 11 mai 1923 qui stipule :

Lorsqu'une consultation de nourrissons ou autre

œuvre de même nature sera annexée à une crèche ou à une pouponnière du ressort de notre Préfecture, elle ne pourra, en aucun cas, être tenue dans les locaux mêmes de la crèche ou pouponnière et aucune communication ne devra exister entre ces divers établissements ; chacun d'eux aura un personnel soignant absolument distinct.

Cependant, malgré toutes ces précautions recon-
nues à juste raison indispensables, et généralement
très consciencieusement prises, qui ont contribué
pour une large part à diminuer la mortalité infantile
à la crèche, on ne peut jamais être absolument assuré
de n'admettre à la crèche que des enfants non conta-
gieux. Aussi, les hygiénistes ont-ils prévu dans le
règlement des crèches, les mesures aptes à diminuer
les risques possibles de contamination à l'intérieur de
la crèche. Deux grands principes semblent les avoir
guidés dans l'établissement de cette législation :
d'une part la nécessité de diminuer autant que pos-
sible les inconvénients dus à la vie en commun ;
d'autre part, la nécessité d'une désinfection rigou-
reuse et répétée, portant sur toutes choses, destinée
à remédier aux faiblesses de la lutte préventive.

C'est ainsi que, conformément à l'arrêté ministé-
riel du 10 novembre 1923 :

ARTICLE 5. — *Chaque enfant sera toujours couché
dans le même lit ou berceau, qui devra porter un
numéro d'ordre.*

ARTICLE 6. — *Tous les objets destinés à la toilette
de l'enfant (peigne, brosses, mouchoirs, vêtements,
serviettes, literie, etc...), lui sont personnels, et ne*

servent qu'à lui ; ils sont placés dans un casier individuel et portant un numéro rappelé sur le registre-matricule de la crèche.

ARTICLE 8. — *Les tétines servant aux enfants allaités au biberon seront rigoureusement personnelles.*

Tel est le premier moyen à employer pour diminuer les risques de contagion directe de toute nature et qui permet de respecter, autant que cela se peut, l'individualité de chaque enfant, qui garde ainsi pour lui seul sa santé ou ses microbes.

Mais, il va de soi que ces mesures individuelles ne peuvent s'appliquer qu'aux objets ; l'enfant, à la crèche, ne peut pas vivre seul, isolé dans un box ; aussi, la deuxième méthode employée pour atténuer les dangers de la vie en commun consiste-t-elle à répartir les enfants par petits groupes, constituant ainsi dans la communauté de petits îlots homogènes.

Depuis longtemps les médecins de crèches en ont reconnu la nécessité, et c'est la marche des épidémies dans la crèche qui les ont amenés à cette conclusion : la rougeole, la coqueluche, etc... trouvent dans une salle commune, réunissant un grand nombre d'enfants, les conditions les plus favorables à leur développement et à leur dissémination. C'est pourquoi, lors de la construction de la crèche, nous avons vu l'obligation imposée à l'architecte, de prévoir un dortoir pour les enfants couchés et un autre pour les enfants debout, quel que soit le nombre d'enfants à admettre, nombre qui, redisons-le en-

core, doit être choisi aussi restreint que possible. Et, l'article premier de l'arrêté ministériel du 10 novembre 1923 stipule que *les berceaux sont séparés par au moins un mètre*. Aussi, dans les crèches accueillant un grand nombre d'enfants, sera-t-il préférable de construire plusieurs dortoirs, contenant chacun une dizaine de lits, plutôt que de grouper les enfants dans une salle, même immense et convenablement aérée, où leur réunion aggraverait malgré tout les risques de contamination.

Plus une crèche est divisée, plus elle donne l'impression d'être constituée de petites salles, meublées, agencées différemment, où la vie dans chacune est différente, meilleure elle est. Si un cas de maladie contagieuse se déclare dans l'un de ces groupes, il y a ainsi beaucoup de chances pour que celle-ci ne se soit pas propagée plus loin ; le malade, enfermé dans une sorte d'îlot, aura peut-être contaminé ses petits camarades les plus proches, mais l'épidémie restera toujours très limitée et ne s'étendra pas comme on le voyait si souvent autrefois, à la crèche entière.

Un autre avantage de cette répartition en petits groupes est dû au fait que les mêmes maladies n'atteignent pas avec une même fréquence les enfants au berceau et ceux qui marchent déjà. Les nourrissons jouissent d'une sorte d'état réfractaire aux maladies infectieuses, il est très rare qu'une épidémie éclate parmi eux. C'est pourquoi il y a tout avantage à les isoler des enfants plus grands, afin de leur éviter l'apport de germes pathogènes,

qui, particulièrement virulents en temps d'épidémie, risqueraient de déterminer chez eux une rougeole ou une coqueluche de pronostic très sombre à leur âge.

Enfin, malgré la visite médicale du matin, malgré le déshabillage, les bains, il entre des microbes pathogènes à la crèche, apportés principalement par les enfants. Nous avons vu les efforts fournis pour essayer d'en empêcher la propagation d'enfant à enfant, il nous reste à dire quelques mots de la désinfection des objets qui ont pu être contaminés par eux à l'intérieur de la crèche. Reportons-nous encore à l'arrêté ministériel du 10 novembre 1923 :

ARTICLE 4. — *Le mobilier se compose exclusivement d'objets faciles à laver et à désinfecter. Les locaux auront des parois dont la surface devra pouvoir supporter le lavage.*

ARTICLE 5. — *Lorsque l'enfant quitte définitivement la crèche, le lit est lavé et désinfecté ; la literie est assainie et également désinfectée.*

ARTICLE 6. — *... ces objets (peigne, brosses, mouchoirs, serviettes, vêtements, literie, etc...) sont toujours tenus en bon état d'entretien et de propreté, et désinfectés à intervalles réguliers et lorsque l'enfant quitte la crèche.*

ARTICLE 7. — *Les linges sales ne doivent jamais séjourner dans la crèche.*

Quant au personnel, il est tenu de se désinfecter les mains au cours de la journée, aussi souvent que

cela est nécessaire, chaque fois qu'il a touché à du linge sali, chaque fois qu'il passe d'un enfant à un autre. A ce sujet nous dirons combien il serait souhaitable qu'un personnel soit attaché à chaque groupe d'enfants et n'aille sous aucun prétexte de l'un à l'autre. Enfin, chaque soir, les blouses du personnel, les petits habits revêtus par les enfants au cours de la journée sont désinfectés et rendus propres le lendemain.

Mais, malgré tous les soins apportés à éviter le danger, un cas de maladie contagieuse se déclare à la crèche ; que faut-il faire ? Des dispositions ont été prises à cet effet par M. le Pr Tanon, du moins en ce qui concerne les trois maladies les plus redoutables pour les enfants des crèches : la diphtérie, la rougeole et la coqueluche.

En voici le texte exact :

Mesures à prendre dans les crèches.

EN CAS D'APPARITION DE DIPHTÉRIE :

S'il se produit un cas, la crèche sera fermée pendant dix jours et désinfectée.

S'il se produit d'autres cas, on devra appliquer les mesures ci-dessous :

1^o *Pratiquer des inoculations préventives de cinq centimètres cubes de sérum antidiphtérique à tous les enfants de la crèche ;*

2^o *Interdire l'entrée de la crèche aux enfants qui n'auront pas été inoculés tant qu'ils n'auront pas pro-*

duit un certificat émanant d'un laboratoire officiel ou hospitalier, constatant qu'ils ne sont pas porteurs de germes diphtériques ;

3^o Ce certificat sera obligatoire pour les enfants ayant été atteints de diphtérie, quelle qu'ait été la durée de leur absence ;

4^o Faire examiner la gorge des personnes de service par le même laboratoire et éloigner celles qui seraient reconnues porteuses de germes.

EN CAS D'APPARITION DE ROUGEOLE :

Dès qu'un cas aura été signalé, la désinfection totale de la crèche devra être faite et aucun enfant enrhumé ne pourra être gardé.

Si un second cas se produit, fermer la crèche quinze jours à dater de la constatation de ce second cas, et faire une nouvelle désinfection.

EN CAS D'APPARITION DE COQUELUCHE :

Dès qu'un cas aura été signalé, la désinfection de la crèche sera faite.

Tous les enfants qui tousseront seront considérés comme suspects et renvoyés chez eux.

Si de nouveaux cas se produisent, la crèche sera fermée un mois et la désinfection sera faite de nouveau.

Lors de la réouverture, on ne reprendra que les enfants qui ne toussent pas. Les convalescents n'au-

ront le droit de rentrer à la crèche qu'après deux mois à dater de la constatation de leur maladie.

Le Préfet de Police doit être avisé immédiatement aussitôt que le premier cas de ces maladies sera connu.

Si la Préfecture de Police a dû prendre des mesures aussi sévères, c'est que ces trois maladies causèrent jadis dans les crèches de terribles ravages, déterminant des épidémies d'autant plus meurtrières, qu'elles sévissaient chez de tout jeunes enfants, groupés en grand nombre sous le même toit. Enfant très jeune, agglomération, sont en effet deux facteurs de gravité de ces maladies, par ailleurs extrêmement contagieuses.

La prophylaxie de la diphtérie est aujourd'hui rendue relativement facile grâce à l'emploi préventif de sérum antidiphtérique, à la vaccination par l'anatoxine de Ramon, et à la recherche des porteurs de germes.

La séroprophylaxie, préconisée plus haut, rend de très grands services chez les tout-petits des crèches ; elle permet, en cas de contamination probable, de leur assurer une immunité immédiate, d'une durée approximative de trois semaines. Il est en effet extrêmement difficile de surveiller leur gorge ; d'autre part, ils présentent souvent à cet âge des formes de diphtérie nasale ; mieux vaut donc recourir immédiatement à une injection de sérum de cheval préparé avec de l'anatoxine. Mais ce n'est qu'une mesure d'urgence qui devra être

complétée plus tard, lorsque l'épidémie sera éteinte, par une vaccination antidiphtérique d'une efficacité incontestable.

L'âge d'élection de cette vaccination étant l'âge préscolaire, de 1 an à 3 ans, le rôle du médecin de crèches est d'en faire comprendre aux parents l'utilité, la simplicité et l'innocuité. Pratiquement, elle ne détermine à cet âge aucune réaction, ni générale, ni locale, et elle protège les enfants contre une terrible maladie, particulièrement redoutable dans les crèches. En cas d'épidémie, le danger serait alors minime pour ces enfants vaccinés, auxquels par mesure de prudence, il suffirait de faire une injection d'anatoxine, dite injection de rappel, destinée à renforcer chez eux l'immunité conférée par la vaccination et contrôlable d'ailleurs par la réaction de Schick.

On est donc, à l'heure actuelle, admirablement bien prémuni contre la diphtérie, mais le nombre des vaccinés étant encore restreint, il faut encore lutter contre le danger par la recherche et l'isolement des porteurs de germes, qui sont une des causes principales de propagation de la maladie.

Les convalescents de diphtérie peuvent en effet garder pendant très longtemps des bacilles virulents dans leur rhino-pharynx, alors qu'ils semblent en parfaite santé. De même, des personnes ayant vécu dans l'entourage d'un diphtérique, ou même ne paraissant avoir subi aucun contact avec la maladie, peuvent être des porteurs de germes sains.

Les uns et les autres sont extrêmement dangereux, et d'autant plus qu'on peut souvent ne pas s'en méfier. C'est pourquoi, tout malade n'est admis à rentrer dans la collectivité qu'après un examen de gorge bactériologiquement négatif, c'est-à-dire ne révélant la présence d'aucun bacille de Lœffler, et il serait même préférable d'exiger deux examens négatifs à une semaine d'intervalle. De même, en temps d'épidémie, il est nécessaire de rechercher dans l'entourage du malade et, dans le cas particulier, parmi le personnel de la crèche, les porteurs de germes sains.

Tous les porteurs de germes devront être isolés et soumis à des pulvérisations rhinopharyngées de sérum antidiphtérique et à des instillations nasales d'acétylarsan, jusqu'à disparition de bacilles diphtériques, confirmée par des examens de laboratoire successifs.

Et, c'est grâce à ces mesures énergiques, rigoureusement appliquées et contrôlées, que la diphtérie ne cause plus que de rares décès dans les crèches ; dans le compte rendu établi par le Service de l'Inspection des crèches pour l'année 1933, nous lisons, un décès par diphtérie, et une fermeture de crèche déterminée par 5 cas de diphtérie.

La rougeole, par contre, fait encore beaucoup trop de victimes, malgré des prescriptions plus sévères, qui exigent la fermeture de la crèche dès l'apparition du second cas. C'est elle qui fit de tout temps ces terribles ravages, et son nom seul suffit

encore aujourd'hui à répandre la terreur dans les crèches.

Rarement grave par elle-même la rougeole est redoutable par ses complications, principalement les bronchopneumonies : les enfants qui en sont atteints, au cours de leur première année échappent rarement à la bronchopneumonie qui chez eux est presque toujours fatale. L'apparition de cette complication est favorisée, d'autre part, par les agglomérations d'enfants. Ces deux facteurs de gravité se trouvent donc réalisés dans les crèches.

La contagion se fait par contact direct, principalement pendant la période d'invasion, à la faveur du coryza péruléolique ; c'est cette particularité qui, en temps d'épidémie amène à considérer tout enfant enrhumé comme suspect et à lui interdire l'entrée de la crèche.

La diffusibilité du germe inconnu de la rougeole est extrême, déterminant des épidémies brusques, courtes et massives. Aussi est-il prudent, dès l'apparition du second cas, de pratiquer la fermeture immédiate de la crèche.

En somme, on est très peu armé contre cette maladie qui pose un des problèmes les plus délicats de l'hygiène de l'enfance, et particulièrement des crèches. Son mode de contagion est tel que, le premier cas diagnostiqué, la moitié de la crèche a pu déjà être contaminée. C'est pourquoi l'on a cherché à utiliser le pouvoir protecteur du sérum de convalescent de rougeole, dans la prophylaxie de cette maladie. Ce

sérum est en effet très efficace, mais on conçoit les difficultés que l'on peut avoir à se le procurer, étant donné que la rougeole est essentiellement une maladie de l'enfance. Peu de parents consentent à laisser prélever à leur enfant, même 50 cmc. de sang ; ce sérum ne peut donc être fourni que par des adultes atteints de rougeole et ils sont fort rares. De plus, il perd de son efficacité quand il est conservé trop longtemps. L'Institut Pasteur, l'Hôpital Claude-Bernard, à Paris, n'en procurent donc que pour des cas très spéciaux et pour des individus chez lesquels la rougeole serait particulièrement grave : femmes enceintes, tuberculeux, et surtout enfants des crèches.

Injecté à la dose de 4 à 5 cmc. chez les tout-petits, et de 5 à 10 cmc. chez les enfants âgés de plus de 2 ans, il permet, selon le moment auquel est pratiqué l'injection, de réaliser deux méthodes de prophylaxie différentes. Si l'injection est faite tout au début de la période de contamination, on empêche la maladie de se déclarer : l'enfant n'a pas la rougeole. Si, au contraire, on attend le 7^e jour de la contamination pour pratiquer l'injection, l'enfant présente les signes d'une rougeole atténuée, bénigne, qui, lui conférant une immunité active, le préservera pour toujours d'une nouvelle atteinte de la maladie. C'est donc cette dernière méthode à laquelle il sera généralement préférable de recourir, sauf cependant s'il s'agit d'un sujet particulièrement jeune ou déprimé auquel il serait imprudent de faire courir les risques d'une infection, même bénigne.

Le médecin de crèches aura donc là une mission très délicate et c'est lui qui devra décider de l'opportunité des mesures de séroprophylaxie et du moment le plus propice à leur application.

Cependant, malgré la lutte intensive organisée contre la rougeole, celle-ci demeure une maladie encore très redoutable qui a pu causer dans les crèches de la Seine 39 décès en une seule année (1933).

Enfin, la coqueluche est, elle aussi, une maladie grave pour le jeune enfant, mal supportée souvent par les plus vigoureux, et qui, de même que la rougeole, est d'autant plus grave dans les crèches que les complications broncho-pulmonaires y sont plus fréquentes.

La prophylaxie en est rendue très difficile du fait de l'impossibilité où l'on se trouve de faire un diagnostic précoce des formes frustes, c'est pourquoi tout enfant qui tousse en temps d'épidémie doit être considéré comme suspect ; contagieux déjà avant l'apparition des quintes de toux, l'enfant peut le rester très longtemps encore par la suite, et il est prudent en effet de ne pas admettre un coquelucheux dans la collectivité moins de deux mois après le début de sa maladie.

De même que pour la rougeole, on a conseillé la séroprophylaxie par injection de sérum de convalescent, permettant la séroabortion et la séroatténuation. Obtenu en quantité très limitée, il sera bon de le réserver pour les enfants particulièrement fragiles

et qui ont été le plus exposés à la contamination.

Cependant, grâce à la désinfection, grâce à la fermeture immédiate de la crèche à la moindre alarme d'épidémie, il n'y eut en 1933 aucun cas de mort par coqueluche signalé, parmi les enfants des crèches.

Le Service de contrôle des crèches de la Préfecture de Police n'a pris aucune mesure particulière en ce qui concerne les autres maladies contagieuses : désinfection, durées d'éviction légales sont observées, quand il s'agit de cas isolés, la fermeture de la crèche n'étant effectuée que lorsqu'il y a menace d'épidémie. Article 7 du décret du 2 mai 1877 modifié par Décret du 9 nov. 1923 : *En cas d'épidémie dans une crèche, cette crèche est fermée soit par les personnes ou sociétés qui la possèdent, soit d'office par le Préfet ; elle n'est réouverte qu'après que le Préfet aura fait constater que les mesures prescrites ont été exécutées.*

Enfin, il est une autre maladie contagieuse qui n'est pas spécialement une maladie de l'enfance et à laquelle les enfants des crèches sont cependant exposés : nous voulons parler de la tuberculose. Il s'agit rarement cette fois de contamination d'enfant à enfant, mais d'adulte à enfant. C'est pourquoi lorsque nous parlions du choix du personnel, nous avons tant insisté sur la nécessité d'examens médicaux rigoureux lors de son admission, de radiographies pratiquées dans la suite, régulièrement tous les six mois. Les tout jeunes enfants sont en effet extrêmement réceptifs au bacille de Koch, et le pre-

mier devoir du médecin est de leur éviter cette contamination à la crèche. Lors de ses visites, il doit examiner non seulement les enfants, mais encore le personnel à qui ils sont confiés ; cette précaution fort simple permettra une prophylaxie de la tuberculose à la crèche, facilement réalisable et qu'il est véritablement indispensable de pratiquer.

Par contre, hors de la crèche, l'enfant échappe à la surveillance du médecin, qui ne saurait cependant s'en désintéresser. S'il comprend bien et largement son devoir, il pourra essayer avec l'aide précieuse de la directrice de dépister les sources de contamination dues au milieu familial. Par des conseils discrets et habiles, il pourra arriver à sauver bien des petites vies, en les retirant des foyers de tuberculose qui les entourent. Il décidera les parents à s'en séparer, leur disant les bienfaits d'œuvres telles que l'œuvre Grancher des enfants à la campagne ou celle des préventorium de la petite enfance. Il pourra aussi, en temps opportun, pratiquer la vaccination antituberculeuse par le B. C. G., la conseiller dans les familles tuberculeuses. Grâce à la crèche, il lui sera ainsi permis de répandre sur bien des malheureux les bienfaits de la prophylaxie antituberculeuse, dont la première tâche est de sauver les tout petits.

Puisque, en parlant de la tuberculose, nous nous sommes acheminé vers les grands problèmes sociaux nous terminerons ce chapitre par quelques mots sur un autre fléau social : la syphilis. En cette matière,

il ne peut plus être à proprement parler question de prophylaxie. Cependant, la crèche là encore offre au médecin intelligent l'occasion de participer à la lutte antivénérienne. Par une thérapeutique appropriée, il fera, des petits hérédosyphiliques qui, ne présentant aucune lésion contagieuse, auront franchi le seuil de la crèche, des enfants robustes et gais ; il leur évitera ainsi bien des infirmités, bien des misères et leur permettra d'avoir, dans l'avenir, des enfants indemnes de toute tare.

CONCLUSIONS

I. — La surveillance médicale est indispensable pour assurer aux crèches un bon fonctionnement. Grâce à elle, ces œuvres rendent aujourd'hui de grands services à la classe laborieuse :

1^o Elles évitent le placement en nourrice et ses multiples dangers, matériels et moraux.

2^o L'enfant trouve à la crèche, convenablement dirigée et surveillée, hygiène et santé.

II. — Les crèches sont régies actuellement par une excellente législation, due à l'activité inlassable des médecins hygiénistes. Cependant, les lois ne doivent pas rester immuables, mais suivre le cours des idées nouvelles et bénéficier de l'apport des découvertes récentes. Aussi la législation des crèches demanderait-elle à être modifiée sur certains points, notamment en ce qui concerne le choix et les conditions d'admission du personnel.

Il serait en effet souhaitable d'exiger des directrices et des berceuses certains diplômes de puéricul-

ture ; de contrôler chez elles l'absence de lésions pulmonaires, par des examens radiologiques pratiqués à intervalles réguliers.

III. — Le rôle du médecin des crèches est extrêmement complexe et nécessite beaucoup d'intelligence et de dévouement.

Les visites médicales devraient être quotidiennes dans toutes les crèches, et confiées à un médecin spécialisé.

Non content de veiller à l'application rigoureuse des règlements, le médecin doit faire preuve de beaucoup d'initiative et comprendre les nécessités individuelles qu'aucun texte ne saurait prévoir.

C'est le bon médecin qui fait la bonne crèche, offrant aux petits enfants :

- 1^o des locaux clairs et ensoleillés ;
- 2^o les soins dévoués de la directrice et des berceuses expérimentées.
- 3^o une alimentation appropriée à leur âge ;
- 4^o une atmosphère de santé ;
- 5^o les soins médicaux dont ils ont besoin.

Enfin, l'action du médecin s'étendra au delà de la crèche, par les conseils éclairés et patients qu'il donnera aux mères, si souvent ignorantes des soins à donner à l'enfance.

Leur aide lui est nécessaire pour mener à bien la noble et lourde tâche que la crèche lui a conférée.

Ainsi conçue et médicalement surveillée, la crèche deviendra une œuvre parfaite de protection de l'enfance qui, par le bel exemple qu'elle donnera, sera, pour tous ceux qui y viendront, une école d'hygiène.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BORDAS. — Le lait aliment des crèches. *L'hygiène sociale*, 25 avril 1935.
- COURMONT et ROCHAIX. — Précis d'hygiène.
- JOUART (Mme). — Les crèches privées du département de la Seine. *Annales d'hygiène publique, industrielle et sociale*, février 1926.
- JOUART (Mme) et CHAYRON (Mlle Madeleine). — La vie matérielle des crèches dans le département de la Seine. *Annales d'hygiène publique, industrielle et sociale*, juillet 1930.
- LABEAUME (Mlle). — Maternité et travail. *Annales d'hygiène publique, industrielle et sociale*, septembre 1927.
- LEREBoullet. — Comment assurer à l'enfant un lait propre et sain. *L'hygiène sociale*, 25 avril 1935.
- LESNÉ et CLÉMENT. — Les régimes du nourrisson.
- MARENGO. — Réglementation et surveillance des crèches et des pouponnières. *Annales d'hygiène publique, industrielle et sociale*, novembre 1929.
- NÉVOT. — Une politique du bon lait. *La presse médicale*, 24 avril 1935.
- PAISSEAU. — Ce qu'il faut savoir du lait concentré sucré. *L'hygiène sociale*, 25 avril 1935.
- SCHREIBER. — La création de biberonneries centrales modèles dans les grandes villes. *L'hygiène sociale*, 25 avril 1935.

